

הקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים

דב צ'רניחובסקי וחן שרוני*

תקציר

פרק זה מבקש לבחון את הסיבות האפשריות לבריאות הטובה יחסית בקרב חרדים בישראל. בהשוואת תוחלת החיים של תושבי ערים שונות בישראל מתברר כי בערים שריכוז החרדים בהן גבוה, תוחלת החיים גבוהה יותר מהצפוי לפי המאפיינים החברתיים-כלכליים של העיר. כמו כן, בסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המתבסס על דיווח עצמי, שיעור החרדים שדיווחו על בריאות טובה מאוד היה גבוה באופן ניכר מאשר בקרב מגורים אחרים. הפרק טוען כי נתונים אלו עשויים להיות קשורים למדדים מקובלים של הון חברתי גבוה, כלומר למאפיינים הנפוצים בקרב חרדים ויש להם ערך לתפקוד החברה והפרט. חלק ממאפיינים אלו הם דתיים, כמו תפילות ותפיסת חיים אמונית, ואחרים מאפיינים את החברה החרדית, כמו קשרים טובים עם המשפחה ועם חברים ומעורבות גבוהה בקהילה, למשל במסגרת התנדבות. הנחות אלו נבדקות בפרק בעזרת רגרסיות הבוחנות את השפעתם של גורמים שונים על הדיווח העצמי לגבי מצב הבריאות, ואכן נמצא כי לרמת הדתיות יש השפעה חיובית מובהקת על הסיכוי שנבדק דיווח שמצבו הבריאותי טוב מאוד.

* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר בכיר וראש צוות הבריאות במרכז טאוב; חן שרוני, דוקטורנטית במחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

מבוא

החרדים בישראל מהווים מקרה מבחן מעניין בתחום הרווחה החברתית. דרך החיים שלהם הייתה מוקד לדיונים רבים בחברה הישראלית, מכיוון שבמידה מסוימת היא מנוגדת לאידיאל הישראלי היהודי הכללי של רכישת השכלה כללית בתחומי מדעים ושפות, תרומה לחברה על ידי שירות צבאי או לאומי והשתתפות בשוק העבודה. שיעורי התעסוקה בקרב חרדים נמוכים במיוחד, וחלק ניכר מהגברים החרדים לומדים במוסדות תורניים לאורך חלק ניכר מחייהם. מאפיינים אלו הופכים את החרדים לקבוצה חלשה במיוחד מבחינה כלכלית, וההכנסות המדווחות של משקי בית חרדיים מצויות בתחתית דירוג קבוצות האוכלוסייה בישראל (רגב, 2014).

מחקרים רבים הראו כי יש קשר בין תנאים חברתיים-כלכליים טובים לבריאות טובה (Kogevinas et al., 1991; Kaplan et al., 1996; Wilkinson, 1996; Marmot et al., 1998; Wilkinson, 1999; Lynch, 2000; Marmot, 2004; Shmueli, 2004; Marmot and Wilkinson, 2006; Marmot, 2006). לאור זאת, אפשר היה לצפות כי רמת החיים הנמוכה בקרב חרדים תיתן את אותותיה ברמת הבריאות ותוחלת החיים שלהם. אולם בפרק זה יובאו עדויות לכך שהחרדים נהנים מבריאות טובה ומאריכות חיים מעבר לצפוי למעמד החברתי-כלכלי שהם משתייכים אליו. ההשערה העיקרית שהפרק מבקש לבחון היא שבריאות זו מושגת הודות להון החברתי של החרדים.

החלק הראשון של הפרק מוקדש לסקירת רמת הבריאות של האוכלוסייה החרדית לפי שני מדדים: תוחלת חיים בעת הלידה ודיווח עצמי. סעיף 2 עוסק בקשר בין הון חברתי ובריאות. סעיף 3 עוסק במאפייני חייהם של החרדים, ובפרט בהון החברתי בקהילה. סעיף 4 בוחן את הקשר בין חרדיות לבריאות ובין הון חברתי לבריאות בישראל. סעיף 5 מסכם את מסקנות המחקר ומציע כיוונים למחקר עתידי.

1. רמת הבריאות באוכלוסייה החרדית

מדד תוחלת חיים

כאמור במבוא, מחקרים הוכיחו כי תוחלת החיים גבוהה יותר בקרב אוכלוסיות או קהילות החיות בתנאים חברתיים-כלכליים טובים מאשר בקרב אוכלוסיות חלשות. מצב זה נכון במרבית המקרים גם בישראל: ניכר קשר ישיר בין המדד החברתי-כלכלי של העיר (לפי דירוג הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) ובין תוחלת החיים של תושביה (תרשים 1).¹ עם זאת, כמה ערים בישראל חורגות ממגמה זו, ותוחלת החיים בהן גבוהה יחסית למדד החברתי-כלכלי שלהן. ערים אלו הן בית שמש, בני ברק וירושלים, והמאפיין המשותף להן הוא שיעור גבוה של חרדים באוכלוסייה (לוח 1).

לוח 1. נתוני תושבים חרדים בערים ירושלים, בני ברק ובית שמש, 2006

יישוב	מס' תושבים חרדים	שיעור החרדים מכלל האוכלוסייה ביישוב	חלקו של היישוב בהתפלגות האוכלוסייה החרדית
ירושלים	225,000	31%	35%
בני ברק	140,000	95%	22%
בית שמש	32,000	46%	5%
סה"כ	397,000	-	62%

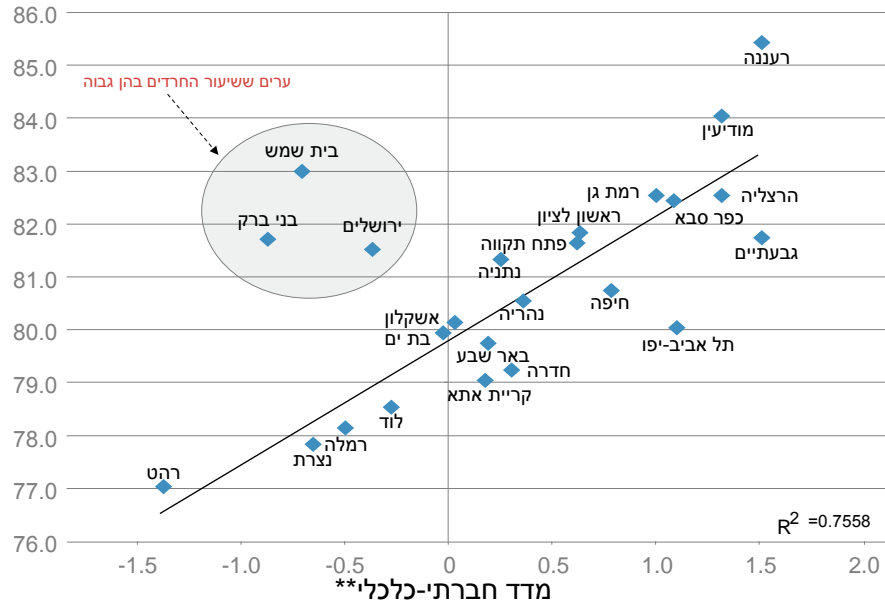
מקור: דב צ'רניחובסקי ורון שרוני, מרכז טאוב נתונים: כהנר (2009)

¹ בסעיף 1 בנספחים מובאים תרשימים המבחינים בין גברים ונשים. אמנם בהפרדה מגדרית מובהקות הקשר בין המדד החברתי-כלכלי לתוחלת החיים נחלשת במידת מה, אולם הקשר נשמר, ובקרב גברים ניכר קשר מובהק יותר – כפי שמעיד תרשים נ'1א'.

תרשים 1
תוחלת חיים בלידה ומדד חברתי-כלכלי*

רשויות מקומיות עם מעל 50,000 תושבים

תוחלת חיים (בשנים)



* נתוני תוחלת חיים בלידה – ממוצע לשנים 2009–2005; מדד חברתי-כלכלי – נתוני 2008.
** המדד חושב על בסיס 16 נתונים מהתחומים הבאים: דמוגרפיה, השכלה וחינוך, תעסוקה וגמלאות ורמת חיים (הכנסה כספית, רמת מינוע, תכונות דיור). קו המגמה חושב ללא ערים חרדיות.

מקור: דב ציריניחובסקי וחן שרוני, מרכז טאוב נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות

ממצא נוסף שקשור לנושא, אם כי אינו עוסק בחרדים אלא בדתיים-לאומיים, מצוי במחקרם של Kark et al. (1996). המחקר השווה בין שיעורי התמותה המתוקננים² של 11 קיבוצים דתיים ו-11 קיבוצים חילוניים בין 1970 ל-1985, ומצא

² מדד שיעורי תמותה מתוקננים אומד את שיעור התמותה באוכלוסייה הנבדקת (על בסיס דיווחי פטירה בשנה נתונה) לו התפלגות הגילים באוכלוסייה זו הייתה זהה לזו של אוכלוסיית תקן. הערכים במדד נועדו לדירוג יחסי ואין להם משמעות בפני עצמם.

כי שיעורי התמותה בקיבוצים החילוניים היו גבוהים באופן משמעותי מאשר בקיבוצים הדתיים. שיעור התמותה המתוקנן לגיל בקיבוצים הדתיים היה 5.67 לגברים ו-2.33 לנשים, ובקיבוצים החילוניים – 9.96 עבור גברים ו-6.34 עבור נשים. ההבדלים בין החילוניים לדתיים נמצאו מובהקים סטטיסטית עבור שני המינים, עבור קבוצות גיל שונות ובחלוקה לתקופות זמן שונות. משמעות התוצאות היא שנראה כי גם בקהילות סגורות ובעלות מאפיינים קהילתיים מוכּנים, כמו קיבוצים, לדת יש תפקיד בהשפעה על רמת הבריאות.

הערכה עצמית של מצב הבריאות

מדד ההערכה העצמית של מצב הבריאות אמנם אינו אמפירי כמו מדד תוחלת החיים, אולם הוא מעניק זווית נוספת על מצב הבריאות של אוכלוסיית ישראל. המדד מתבסס על הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מ-2012, הכולל 7,500 נשאלים (למ"ס, 2014).

הרוב המכריע של החרדים שהשתתפו בסקר (73.6 אחוז) הגדירו את בריאותם כ"טובה מאוד", בהשוואה ל-50 אחוז בקבוצות אוכלוסייה אחרות (לוח 2). אפילו כאשר נעשה תקנון לגיל האוכלוסייה (אוכלוסיית החרדים צעירה יחסית) ההבדלים בין החרדים לקבוצות האחרות נותרו משמעותיים: 64.6 אחוז מהחרדים הגדירו את בריאותם כ"טובה מאוד", בהשוואה לכ-55 עד 51 אחוז בקרב דתיים, מסורתיים וחילוניים. בהתאמה, אחוז החרדים שדיווחו על קיום בעיה בריאותית כלשהי היה נמוך מאוד – 18.7 אחוז בהשוואה לשיעורים כפולים, ואף יותר מכך, בקבוצות אחרות. מעניין לראות שבקרב בני דתות אחרות אין הבדלים משמעותיים ברמות הבריאות המדווחות בין דתיים ללא-דתיים. יתרה מכך, בשאלה לגבי קיומה של בעיית בריאות כלשהי ניתן לראות מגמה הפוכה מאשר בקרב יהודים: דתיים מאוד ודתיים דיווחו על אחוז גבוה יותר של בעיות בריאותיות – 33.8 אחוז, לעומת 25 אחוז בקרב לא כל כך דתיים ו-28.2 אחוז בקרב לא-דתיים.

חשוב לציין כי ייתכן שהדיווח החיובי יחסית של מצב הבריאות בקרב חרדים נובע גם מנורמה חברתית שלפיה לא נהוג להתלונן, ובוודאי לא "להוציא את הכביסה המלוכלכת החוצה", היינו לסקר חילוני. ככלל, מדידה על פי דיווח עצמי תמיד טומנת בחובה בעייתיות מסוימת, כי המדד מייצג תפיסה סובייקטיבית שמושפעת גם מגורמים כמו נורמות חברתיות, ולכן חברות בעלות מאפיינים מסוימים (כמו החברה החרדית) יכולות לסבול מהטיה משמעותית בדיווח. כדי להתמודד עם בעייתיות זו, נערכה השוואה בין נתוני הדיווח העצמי (סובייקטיבי)

ובין שיעורי פטירה מתוקננים לגיל (מדד בריאות אובייקטיבי). בהשוואה זו נמצאה רמה גבוהה של התאמה סטטיסטית בין מדידת הבריאות הסובייקטיבית למדידה האובייקטיבית.³

לוח 2. הערכה עצמית של מצב הבריאות לפי דת ורמת דתיות
כאחוז מכלל הקבוצה, 2012

דיווחו על בעיה בריאותית או פיזית	הערכה עצמית של מצב הבריאות				דת ורמת דתיות	
	טוב מאוד (מתוקנן לפי גיל)	טוב	בכלל לא טוב	לא כל כך טוב	טוב מאוד	טוב
						יהודים
	64.6%	-	5.3%	20.4%	73.6%	חרדים
	55.1%	4.9%	10.1%	31.9%	52.9%	דתיים
	51.2%	6.3%	14.1%	31.5%	48.0%	מסורתיים
	54.2%	3.7%	9.1%	34.0%	52.9%	לא דתיים, חילונים
						בני דתות אחרות
	51.2%	6.7%	17.6%	21.7%	54.1%	דתיים מאוד ודתיים
	50.7%	4.6%	10.3%	24.8%	60.3%	לא כל כך דתיים
	48.5%	5.2%	12.3%	26.2%	56.4%	לא דתיים

מקור: דב ציריניחובסקי ורחן שרוני, מרכז טאוב נתונים: הסקר החברתי של הלמ"ס

³ בין המדדים נערכה קורלציה ברמת הקבוצה (16 קבוצות – לפי נפה גיאוגרפית). הקורלציה בין המשתנה "מצב הבריאות" ובין "שיעור תמותה מתוקנן לגיל" ברמת הנפה עמדה על -0.707 ($p\text{-value}=0.002$). הקורלציה בין "אין בעיה בריאותית" ובין "שיעור תמותה מתוקנן לגיל" ברמת הנפה הייתה -0.600 ($p\text{-value}=0.014$).

2. הקשר בין בריאות להון חברתי

ההגדרה הבסיסית של הון חברתי שהוצעה אצל Putnam, Leonardy, and Nannety (1993) היא: "מאפיינים של ארגון חברתי כמו אמון, נורמות ורשתות חברתיות, אשר יכולים לשפר את יעילות החברה על ידי הקלה על פעולות מתואמות". בספרות יש הגדרות נוספות להון חברתי, ולרוב הן כוללות מרכיבים כמו אמון, מעורבות אזרחית ואינטגרציה חברתית הנוצרים בין חברים בקהילה או רשת חברתית מסוימת.

המחקרים בנושא מבחינים בין הון חברתי אינדיבידואלי להון חברתי קהילתי. הון חברתי אינדיבידואלי (ISC) הוא רמת האמון שיש לפרט בסביבתו, למשל, עד כמה אדם סומך על השכנים שלו. הון חברתי קהילתי (CSC) הוא ההון החברתי שיש בקהילה. מדד אפשרי לכך הוא מספר הארגונים בקהילה (למשל ארגוני דת, ארגונים אזרחיים ואיגודי עובדים). ההנחה היא שגם אדם שאינו משתתף באופן פעיל בארגונים נהנה מההון החברתי בסביבתו ומושפע ממנו. הנטייה במחקר כיום היא להתמקד בהון חברתי קהילתי (Scheffler and Brown, 2008). בפרק זה נמדדו בעיקר משתנים של פעילות חברתית וקשר קרוב עם הסביבה, כלומר מדדים אינדיבידואליים, אך במידה מסוימת הם מייצגים גם הון חברתי קהילתי.

מחקרים קודמים הבחינו גם בין הון חברתי מגשר להון חברתי מלכד: הון חברתי מגשר (Bridging) עוסק ברשת החברתית של הפרט, או בקשרים בין קבוצות. הון חברתי מלכד (Bonding) עוסק בקשרים החברתיים הפנימיים בתוך ארגון או קבוצה, כלומר מה שמביא ללכידות הקבוצה ולהשגת מטרות משותפות (Kim et al., 2006). במחקר זה המיקוד הוא בהון חברתי מלכד.

בתחום בריאות הציבור יש הסכמה נרחבת למדי על כך שהון חברתי משפיע על רמת הבריאות (Wolf and Bruhn, 1993; Veenstra, 2002; Klinenberg, 2003; Szepter and Woolcock, 2004; Kim, Subramanian, and Kawachi, 2006; Ronconi, Brown, and Scheffler, 2012; Folland and Rocco, 2013). לקשר זה הוצעו הסברים שונים: (א) הון חברתי מאפשר לאנשים לרכוש ידע לגבי התנהגות מקדמת בריאות; (ב) הון חברתי יכול לספק תמיכה פסיכו-סוציאלית שמפחיתה מתחים, ובכך מיטיבה את מצב בריאותו של האדם; (ג) באמצעות הון חברתי אפשר לארגן פעילות פוליטית למען השגת משאבים לקהילה והרחבת שירותי הבריאות הניתנים לה; (ד) לנורמות חברתיות עשויה להיות השפעה על התנהגות בריאה יותר; (ה) ייתכן קשר בין הון חברתי לארגונים המקדמים התנהגות בריאה (Miller et al., 2006).

Scheffler, Brown, and Rice, 2007; Scheffler and Brown, 2008; Scheffler et al., (2008).

לצד הסכמה זו, יש הטוענים כי הקשר בין בריאות טובה להון חברתי משקף גם זמינות שירותים רפואיים גבוהה יותר בקרב קהילות הנהנות מהון חברתי גבוה (Scheffler et al., 2007). הספרות בנושא מציעה כי הון חברתי יכול למתן את ההשפעה השלילית של תנאים חברתיים-כלכליים נמוכים על מצב הבריאות (Scheffler et al., 2007; Scheffler et al., 2008). (Scheffler et al., 2007) בחנו את הקשר בין הון חברתי לבריאות הנפש, ומצאו כי ההון החברתי קשור באופן שלילי למתח פסיכולוגי בקרב משפחות שהכנסתן נמוכה מהממוצע, משמע: ההון החברתי מפחית מתח בקרב עניים. לא נמצא אפקט כזה עבור הקבוצה שהכנסתה מעל החציון. לאור זאת, החוקרים טענו כי מעל רמה מסוימת של הכנסה, תוספת של הון חברתי כבר לא משנה את מצב בריאות הנפש. גם במחקר שבחן את הקשר בין הון חברתי למצב הבריאות בקרב חולים במחלות כליליות (הקשורות לעורקי הלב) נמצא כי להון החברתי הייתה השפעה רק אצל בעלי הכנסה נמוכה מהחציון – עלייה של יחידה במדד ההון החברתי הביאה לירידה של 9 אחוזים בתחלואה. עבור הקבוצה בעלת הכנסה גבוהה מהחציון לא נמצאה כל השפעה להון החברתי (Scheffler et al., 2008).

כמו כן, מחקרים רבים מצאו שלדת יש השפעה חיובית על הבריאות (Jenkins, 1971; Comstock and Partridge, 1972; Jarvis and Northcott, 1987; Levin and Schiller, 1987; Levin and Vanderpool, 1987; Byrd, 1988; Troyer, 1988; Levin and Vanderpool, 1989). (Levin (1994) הציע כמה הסברים להשפעה חיובית זו: התנהגות מקדמת בריאות בקרב דתיים, מאפיינים סביבתיים וגנטיים, מאפיינים פסיכו-סוציאליים, ותחושת ביטחון ושלווה שמקנים האמונה והטקסים הדתיים. גם Scheffler and Brown (2008) העלו את הטענה כי עצם הגישה הדתית, המאמינה כי מטרת האדם אינה הנאה אלא לשרת מטרה גדולה יותר, תורמת לשמירה על הבריאות. עם זאת, לא ניתן להוכיח קשר סיבתי בין דת לבריאות.

גם Kark et al. (1996), שכאמור ערכו את מחקרם בקיבוצים בישראל, הסיקו שהשתייכות לקבוצה דתית מהווה גורם מגן מפני תמותה בטרם עת. אחת ההשערות של החוקרים הייתה כי דרך חיים דתית מפחיתה מתחים באמצעות כמה גורמים: (א) תפיסת עולם קוהרנטית ותחושת השתייכות לקהילה, המביאה למצב של רווחה נפשית. לטענת החוקרים, הטקסים הדתיים – למשל התפילות היומיות – מחזקים את תחושת הקולקטיביות אפילו יותר מאשר בקיבוץ חילוני; (ב) רוגע שנוצר

בעקבות תפילה; (ג) אמונה בכוח חיצוני; (ד) התנהגות חזרתית (טקסים) שמפחיתה מצב של סימני שאלה. גם לדגש על מנוחה בשבת עשוי להיות חלק בכך; (ה) יציבות של קשרי נישואים.

חיזוק לקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים, בדגש על הפן החומרי, מצוי במחקר שנערך בבתי חולים בירושלים (רוזן ואחרים, 2006). במחקר נמצא שתושבי השכונות החרדיות הרבו להשתמש בשירותי בריאות פרטיים, למרות התנאים החברתיים-כלכליים הנמוכים המאפיינים אותם. החוקרים הציעו שני הסברים אפשריים לתופעה: ראשית, קיומם של ארגוני עזרה הדדית (גמ"חים), אשר מכסים את העלויות הגבוהות של שירותי רפואה פרטיים, שנית, בקרב החרדים יש נורמה תרבותית התומכת בתשלום עבור שירותי רפואה, גם כאשר הם יקרים.

ניתן לטעון כי הבריאות הטובה יחסית של החרדים נובעת מגורמים אחרים מלבד הון חברתי, למשל, זמינות גבוהה יותר של שירותי בריאות או התנהגויות מקדמות בריאות. אין בנמצא נתונים לגבי זמינות שירותי בריאות בחלוקה לפי אוכלוסיות, אך מכיוון שחלק גדול מהחרדים מגיעים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, סביר להניח שאין להם יתרון בתחום זה לעומת אוכלוסיות אחרות. לעניין ההתנהגות: מחקר שבחן את הנושא מצא קשר הפוך בין התנהגות מקדמת בריאות לרמת דתיות, היינו: ככל שאדם דתי יותר, כך התנהגותו פחות מקדמת בריאות (משרד הבריאות, 2013). ניתוח רב-משטני באותו מחקר מצא שההסתברות להשמנת יתר בקרב דתיים היה גבוה ב-60 אחוז מאשר בקרב חילונים. כמו כן, נמצא במחקר קשר הפוך בין רמת דתיות להיקף הצריכה של פירות וירקות. ייתכן שההסבר לממצאים אלו נעוץ ברמת ההכנסה הנמוכה באוכלוסייה החרדית, שאינה מאפשרת רכישת מזון יקר יחסית, או במודעות נמוכה יחסית לצורך בתזונה בריאה ומגוונת.

3. מאפייני הקהילה החרדית בישראל

האוכלוסייה החרדית בישראל מונה כ-750,000 איש, ומהווה כ-9.5 אחוזים מהאוכלוסייה בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012).

החרדים גרים לרוב בערים חרדיות לגמרי או בשכונות נפרדות בערים מעורבות, שבהן יש "חצרות" חרדיות שונות. החברה החרדית היא קבוצת מיעוט בחברה הישראלית, ולפי מחקרים שעסקו בנושא, היא מאופיינת בחוויה מתמשכת של איום מצד החברה הסובבת ובצורך מתמיד להגיב לאיום ולהתגונן מפניו. התגוננות זו

מתבטאת בהתבדלות מהחברה על ידי הקמת מערכות חברתיות נפרדות בתחומי החיים השונים (קפלן וסיון, 2003). החצר החרדית היא חברה בתוך חברה, מעין אוטונומיה המספקת לחבריה את רוב צרכי החיים. כאשר אישה יולדת, למשל, חברת נשים תבוא לבשל לה ולסייע לה בשבועות הראשונים, ויש ארגונים העוסקים בביקור ובסיוע לחולים. לפי לוי (1998), בחסידויות – המאופיינות במבנה קהילתי במיוחד – כל החסידים נהנים משירותי הקהילה, הכוללים למשל "חדר" לפעוטות, וכל מערכת החינוך היא בבעלות החסידות. הקהילה גם מציעה לחסיד מגורים, ויש לה אפילו חלקה מיוחדת בבית הקברות. גם הצרכים היום-יומיים מקבלים מענה בתוך הקהילה, וכך למשל לחסידויות שונות יש צרכניות מטעמן המופעלות על ידן ומוכרות מוצרים זולים על ידי חיטכון בעלויות וסבסוד של הקהילה.

המאפיינים הדמוגרפיים, הכלכליים והחברתיים של חרדים שונים במובהק מיתר האוכלוסייה כמעט בכל תחום (לוח 3). הגיל הממוצע בקרב חרדים הוא 20.43, בעוד שהממוצע בשאר האוכלוסייה היהודית הוא 35.61. 85.1 אחוז מהחרדים נשואים, לעומת 60 אחוז מקרב שאר האוכלוסייה היהודית. מספר הילדים הממוצע למשפחה חרדית עומד על 3.86, בהשוואה לממוצע של 1.99 בקרב שאר האוכלוסייה היהודית.

רבים מהחרדים הם בעלי השכלה פורמלית מעטה: רק ל-19.6 אחוז מהם יש השכלה אקדמית, בהשוואה ל-41.8 אחוז בקרב שאר האוכלוסייה היהודית. שיעור ההשתתפות של חרדים בשוק העבודה גם הוא נמוך יחסית – 61.6 אחוז, בהשוואה ל-71.4 אחוז בקרב שאר האוכלוסייה היהודית.

ההכנסה הכוללת הממוצעת נטו של חרדים היא כ-7,500 שקלים למשק בית, לעומת הכנסה של כ-11,700 שקלים בשאר האוכלוסייה היהודית. מקור הכנסה משמעותי במשק הבית החרדי הוא משכורת האישה. בשנים האחרונות יש יותר גברים חרדים שיוצאים לעבודה, אך היקף התופעה קטן יחסית ונשים הן עדיין המפרנסות העיקריות (קפלן, 2007). נוסף לכך, בחברה החרדית נפוצה במיוחד תופעת הכלכלה השחורה, כלומר עבודה או אפילו עסקים הפועלים ללא דיווח על הכנסות וללא תשלומי מסים. הסיבה העיקרית לעבודה בשחור בחברה החרדית אינה הימנעות ממסים, אלא חשש מאובדן קצבאות והטבות הניתנות לאברכים ומביטול הפטור משירות צבאי, המותנה בלימוד בישיבה (לוי, 2009; משרד התמ"ת, 2010; כהנר ואחרים, 2012). אין נתונים לגבי היקף העבודה בשחור בקרב חרדים, אך ההערכה היא כי מדובר בהיקף גבוה (משרד התמ"ת, 2010). שיעור גבוה מהחרדים מועסקים בתוך הקהילה, במקומות עבודה שיש בהם דומיננטיות של

עובדים חרדים. דבר זה מאפשר להם להתגבר על מגבלות ההשכלה ולעבוד בסביבה התואמת את אורח חייהם (סופר-פורמן, 2012).
 גודלו של התא המשפחתי החרדי, בצירוף ההכנסה הנמוכה יחסית, מחייב את המשפחה החרדית הממוצעת להצטמצם ולהישען על מוסדות רווחה ותמיכה. מפעלי העזרה ההדדית החרדיים כוללים קופות צדקה, גמ"חים, בתי תמחוי ועוד. נוסף לכך, יש מלגות ממוסדות הלימוד וגם תמיכות ומענקים ממשלתיים, כמו הבטחת הכנסה וקצבאות ילדים ועוד (כהן, 2005; גוטליב, 2007; סופר-פורמן, 2007; מרכז טאוב, 2010; כהנר ואחרים, 2012).

לוח 3. מאפיינים דמוגרפיים, כלכליים וחברתיים של האוכלוסייה היהודית, חרדים ולא-חרדים, 2012*

יהודים שאינם חרדים	חרדים	
35.61	20.43	גיל ממוצע
60.0%	85.1%	שיעור הפרטים הנשואים
1.99	3.86	מספר ילדים ממוצע למשפחה
41.8%	19.6%	למדו במוסד אקדמי
71.4%	61.6%	שיעור השתתפות בשוק העבודה
2.1%	25.8%	צפיפות דיור: יותר מ-2 נפשות לחדר בבית
74.4%	37.7%	שיעור בעלות על מכונית
11,698 ש"ח	7,506 ש"ח	הכנסה חודשית (נטו) למשק בית
66.1%	88.0%	תרמו כסף לצדקה בשנה האחרונה
65.3%	20.3%	שירתו בצבא

* עבור פרטים בני 20 ויותר (למעט ממוצע הגיל).

מקור: דב ציריניחובסקי וכן שרוני, מרכז טאוב נתונים: הסקר החברתי וסקר ההכנסות של הלמ"ס

הרפורמה שיזם נתניהו ב-2003 – שכללה קיצוץ חד בקצבאות הרווחה, וביניהן קצבת הילדים – פגעה בכלכלת המשפחות החרדיות. גם המשבר הכלכלי הגלובלי ב-2008 צמצם את התרומות מחו"ל, ובכלל זה את הכסף המיועד להחזקת אברכים לומדי תורה. אברכים רבים איבדו את המלגות שפרנסו אותם וחלק מהכוללים אף נסגרו. תהליכים אלו הביאו לכך שחרדים רבים יצאו ללמוד ולעבוד. בעשור האחרון מתפתח מעמד ביניים חרדי, הדומה במאפייניו לקהילות החרדיות בארצות הברית, קנדה ומערב אירופה – משכילים, בעלי מקצועות מודרניים, אשר עובדים במקומות עבודה מעורבים ושיעורי הילודה בקרבם נמוכים יותר. חרדים אלו הם בעלי זיקה גם לתרבות החילונית, אך שומרים על התנהלות קהילתית חרדית (זיכרמן וכהנר, 2012).

4. הון חברתי בקרב חרדים

מעורבות דתית זוהתה במחקר כמרכיב חשוב של הון חברתי (Putnam, 2000). ואכן, מממצאי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולה כי החרדים מפגינים רמה גבוהה של שביעות רצון מאספקטים שונים בחייהם, המייצגים במידה מסוימת רמה גבוהה של הון חברתי (לוח 4). אחוזים גבוהים יחסית מהחרדים הצהירו כי הם מרוצים מאוד מהקשר עם בני המשפחה: 80.2 אחוז לעומת 62.7 אחוז ומטה בקבוצות האחרות. אחוז גבוה מהחרדים דיווחו על מפגשים עם חברים בתדירות יום-יומית או כמעט יום-יומית – 57 אחוז, בהשוואה ל-49 עד 52 אחוז בקבוצות האחרות.

בהתאם לממצאים אלו, חרדים מדווחים על שיעור נמוך יחסית של תחושות בדידות. רק 11.4 אחוז מהחרדים דיווחו שחשו בדידות, לעומת שיעורים העומדים על פי שניים לפחות בקרב הקבוצות האחרות. בתחום זה, בדומה לדיווחים העצמיים על רמת הבריאות, העלייה בשביעות הרצון עם רמת הדתיות אינה קיימת בקרב לא-יהודים. בקבוצה זו 37.7 אחוז מבין הנבחנים שהגדירו את עצמם דתיים מאוד או דתיים חשו בדידות – יותר מאשר הלא כל כך דתיים (30.7 אחוז) והלא-דתיים (30 אחוז).

בקרב החרדים מתקיים מאפיין נוסף של הון חברתי גבוה – שיעור גבוה של התנדבות. 43.4 אחוז מהחרדים מדווחים על מעורבות בפעילות התנדבותית, בהשוואה ל-32.2 אחוז או פחות בקרב הקבוצות האחרות.

לוח 4. משתתפים המייצגים הון חברתי לפי רמת דתיות, 2012

עסקו בפעילות התנדבותית (כאחז מסה"כ)	חשים בדורות (כאחז מסה"כ)	תדירות מפגשים או שיחות טלפון (כאחז מסה"כ)		עם חברים (כאחז מסה"כ)		יש להם חברים (כאחז מסה"כ)	מרוצים מרוצים מאוד	מרוצים מרוצים מאוד
		פעמיים בחודש או פחות	פעם או פעמיים בשבוע	כל יום או כמעט כל יום	כאחז מסה"כ			
43.4	11.4	10.9	31.4	57.0	93.1	16.4	80.2	יהודים
32.2	25.9	15.3	35.1	49.3	88.9	32.5	62.7	חרדים
17.4	27.7	13.2	36.0	50.4	89.8	32.7	62.1	דתיים
20.8	24.5	11.4	36.8	51.5	94.9	34.1	60.0	מסורתיים לא דתיים, חילוניים
-	37.7	29.1	41.0	29.9	83.1	26.3	68.7	בני דתות אחרות
-	30.7	23.5	37.3	39.2	86.3	32.0	62.1	דתיים מאוד ודתיים
-	30.0	19.3	38.4	42.3	91.0	28.2	67.4	לא כל כך דתיים לא דתיים

מקור: דב ציריחיובסקי וחן שרוני, מרכז טאוב
נתונים: הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

5. תוצאות הבדיקה

בסעיפים הקודמים הוצגו שלוש עובדות: (א) בריאותם של החרדים טובה יחסית (לפי מדדי תוחלת חיים ודיווח עצמי); (ב) ההון החברתי בקרב חרדים גבוה יחסית; (ג) בין הון חברתי גבוה למדדי בריאות מתקיים קשר חיובי. על סמך נקודות אלו, סעיף זה יבחן את ההשערה המרכזית של המחקר: בריאותם הטובה יחסית של החרדים קשורה להון חברתי גבוה, במובן זה שהון חברתי הוא גורם מתווך בין חרדיות ובין מצב בריאות. כפי שנדון לעיל, יש נטייה בספרות לראות בקשר זה סיבתיות: הון חברתי משפיע על בריאות. עם זאת, הקשר הסיבתי אינו מובן מאליו ולא הוכח – בעיקר נוכח האלמנטים הפסיכולוגיים הקשורים לנושא, אשר השפעתם על בריאות גופנית אינה מובנת לחלוטין. פחות ברור מאליו הוא הקשר הסיבתי בין חרדיות והון חברתי; אפשר שגורמים אחרים תורמים גם לחרדיות וגם להון חברתי.⁴

הבחינה נערכה בעזרת רגרסיה לוגיסטית שבה המשתנה התלוי היה הערכה עצמית של מצב הבריאות, כפי שדווח בסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-2012 (למ"ס, 2014). שתי משוואות הרגרסיה במחקר נערכו עבור שני משתנים תלויים או מוסברים: "מצב בריאות טוב מאוד" ו"אין בעיה בריאותית" (ההנחה היא שהתשובה השנייה היא אובייקטיבית יותר), ובמילים אחרות: נבחנה ההסתברות לכך שנבדק בסקר החברתי של הלמ"ס דיווח על "מצב בריאות טוב מאוד" (לוח נ'1 בנספחים) או "אין בעיה בריאותית" (לוח נ'2 בנספחים). אף שצורת האומדן ברגרסיה מצביעה על כיוון של סיבתיות בין המשתנים, אין להסיק את קיום הסיבתיות כמובן מאליו.

המודל הראשון אמד את הקשר בין המשתנים המייצגים רמת דתיות על הדיווח לגבי מצב הבריאות, כאשר משתנים אחרים מוחזקים קבועים (עבור האוכלוסייה היהודית בלבד), והמודל השני – את הקשר בין המשתנים המייצגים הון חברתי על דיווחי הבריאות. ההנחה בבסיס גישה זו היא שאם אכן הון חברתי הוא מאפיין של דתיות או חרדיות, רמת הקשר בין משתני הון חברתי ובין משתני דתיות למשתנה התלוי תהיה דומה. הקבוצה שהשיבה "רמת בריאות טובה" הוצאה מהניתוח כדי

⁴ במחקר המשך תיבחן סוגיית הבחירה ב"חרדיות". בשלב זה ההשערה היא שמרבית החרדים נולדו להורים חרדים – לפי נתוני הסקר, 70.3 אחוז מהחרדים היו חרדים גם בגיל 15 – ולאור זאת, החרדיות היא לרוב אינה עניין של בחירה, וההון החברתי נגזר מהחרדיות ודפוסי החיים שלה.

לחזק את מהימנות האומדן על ידי הוצאת קבוצת ביניים, העלולה לייצג "תחום אפור" בתשובות (הכללת קבוצה זו בניתוח מחזקת את התוצאות עוד יותר). בסיס הנתונים המקורי כולל אוכלוסייה של 7,500 נבדקים בני 20 ומעלה. מבסיס הנתונים הוצאו, כאמור, נשאלים שהשיבו כי מצב בריאותם טוב, כמו גם נשאלים מהאוכלוסייה הלא-יהודית ותצפיות חלקיות, כך שבסיס הנתונים ששימש לעריכת הרגרסיות כלל 3,119 תצפיות.

כאמור, תוצאות הרגרסיה המלאות מדווחות בלוחות נ'1 ונ'2 בנספחים. להלן יובאו ניתוחים של התוצאות.

לגיל המרואין יש כצפוי השפעה שלילית על הדיווח לגבי מצב הבריאות: אנשים מבוגרים יותר מדווחים על בריאות טובה פחות. לנישואים יש מקדם חיובי ברגרסיה "אין בעיה בריאותית", משמע בקרב נשואים ההסתברות לסבול מבעיה בריאותית נמוכה יותר. עם זאת, לא נמצאה השפעה מובהקת של נישואים על משתנה התחושה "בריאות טובה מאוד". נישואים הם ביטוי ברור של הון חברתי גבוה, לעומת המצבים המשפחתיים האחרים. מעניין לראות שההשפעה כאן מתבטאת בתשובה הנחשבת לדיווח אובייקטיבי יותר: "אין בעיות בריאותיות". לרמה חברתית-כלכלית גבוהה יותר, המתבטאת למשל בהשכלה ובהכנסה גבוהות יותר, יש השפעה חיובית, כמצופה, על שני משתני הבריאות (Grossman, 1972). גם השתתפות בשוק העבודה קשורה באופן חיובי לרמת הבריאות בשתי הרגרסיות. עם זאת, קשה לומר מה כיוון הקשר הסיבתי, בהתחשב בהשפעה שיש למצב הבריאות על היכולת להשתתף בשוק העבודה.

ההשפעה השלילית של מספר המפרנסים במשק הבית יכולה גם היא להצביע על סיבתיים הפוכה: ירידה בהכנסה עקב בעיה בריאותית של הנבדק יכולה לכפות על בני משפחה אחרים השתתפות בשוק העבודה. כלומר, השתתפות בשוק העבודה היא חלופה במצב שבו אין למשפחה לחיסכון (Mincer, 1962).

בהתאם להשערת המחקר, לחרדיות יש קשר מובהק וחיובי עם משתני הבריאות. כמו כן, לרוב המשתנים המייצגים הון חברתי יש קשר חיובי ומובהק עם שני משתני הבריאות; תחושת בדידות מעטה, סיפוק מקשרים עם משפחה ושכנים ופעילות התנדבותית – כל אלו קשורים לדיווח על בריאות טובה מאוד ועל היעדר בעיה בריאותית. יותר מכך, החלפה של משתני הדתיות (המודל הראשון) במשתני ההון החברתי (המודל השני) לא משנה את כיוון הקשר של המשתנים הבלתי תלויים האחרים עם משתני הבריאות, ואף לא את מובהקותם.

ממצא זה, לצד הנתונים המוצגים בלוחות נ'1 ו-נ'2, תומכים בהשערה שלחרדים בישראל יש הון חברתי ותפיסת בריאות טובה, אשר תורמים לאריכות חיים.

6. סיכום

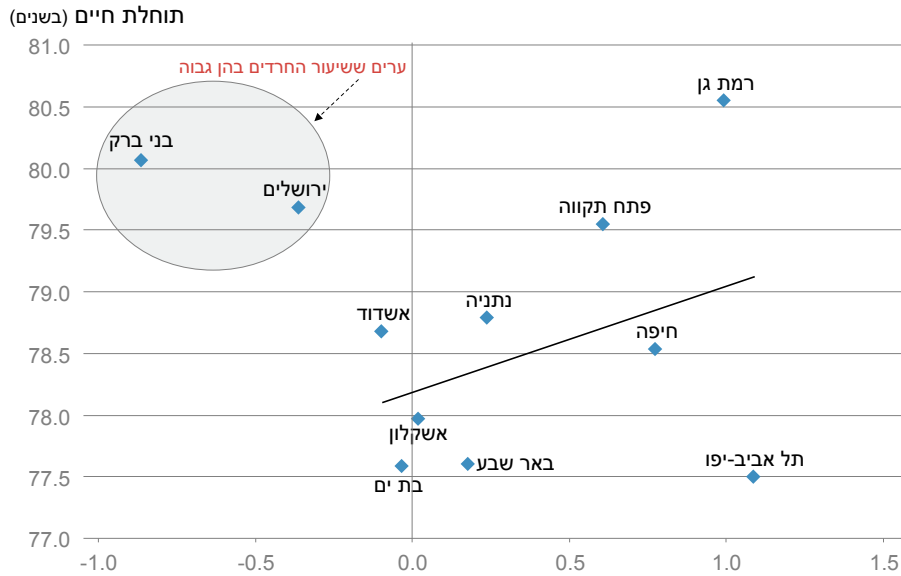
הממצאים לגבי בריאותם של החרדים בישראל, שרמתה טובה יותר מהצפוי ביחס למדד החברתי-כלכלי שהם שייכים אליו, מספקים חיזוק נוסף לסברה כי יש קשר חיובי בין הון חברתי גבוה ובין בריאות טובה. ההשפעה מתרחשת בעיקר דרך תמיכה פסיכו-סוציאלית, המפחיתה מתח נפשי, ובאמצעות עזרה קהילתית. לא נראה שבקרוב החרדים יש זמינות גבוהה יותר של שירותי רפואה או ארגונים הפועלים בתחום, העשויים להסביר את הבריאות הטובה יחסית – ההפך הוא הנכון. עם זאת, נושאים אלו יכולים לשמש בסיס למחקר המשך.

נספחים

א. תרשימים

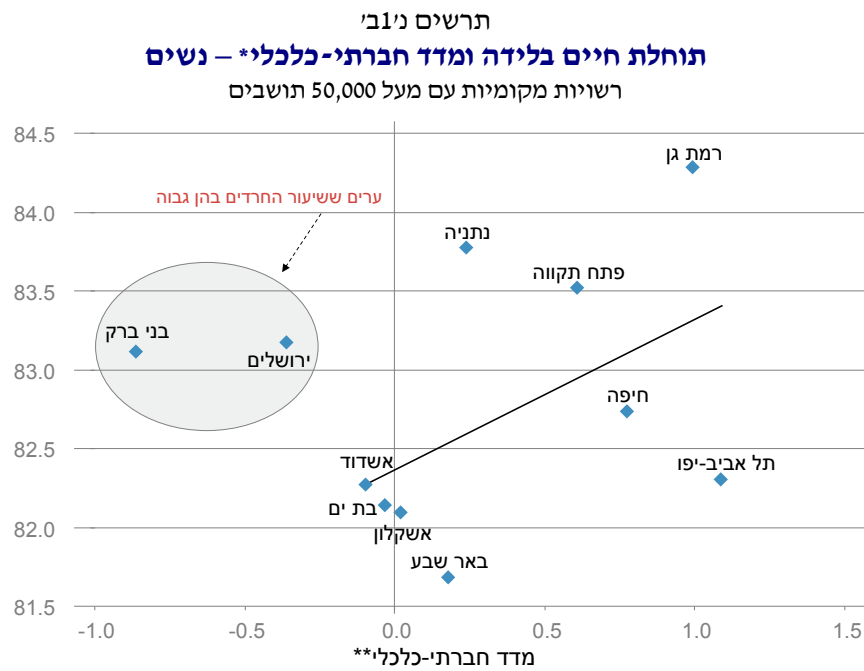
תרשימים נ'1א' ונ'1ב' מציגים את הקשר בין תוחלת החיים למצב כלכלי-חברתי (כמו בתרשים 1 לעיל) לפי חלוקה מגדרית (המידע לפי מגדר לא היה זמין עבור כל הרשויות המוצגות בתרשים 1). בקרב הנשים הקשר שנמצא בקרב כלל האוכלוסייה נשמר, אולם נראה כי הוא נחלש במידת-מה. בקרב גברים ניכר קשר מובהק יותר. נתון זה מחזק את הטענה לגבי השפעת הון חברתי על הבריאות, מכיוון שגברים משתתפים יותר בפעילויות ציבוריות, כמו תפילות, ולכן עשויים להיות מושפעים במידה רבה יותר מיתרונות ההון החברתי.

תרשים נ'1א'
תוחלת חיים בלידה ומדד חברתי-כלכלי* – גברים
 רשויות מקומיות עם מעל 50,000 תושבים



* נתוני תוחלת חיים בלידה – ממוצע לשנים 2005–2009; מדד חברתי-כלכלי – נתוני 2008.
 ** המדד חושב על בסיס 16 נתונים מהתחומים הבאים: דמוגרפיה, השכלה וחינוך, תעסוקה וגמלאות ורמת חיים (הכנסה כספית, רמת מינוע, תכונות דור), בערים שיש עבורן נתונים נפרדים לגברים ולנשים. קו המגמה חושב ללא הערים ששיעור החרדים בהן גבוה.

מקור: דב צ'רניחובסקי וחן שרוני, מרכז טאוב
 נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות



* נתוני תוחלת חיים בלידה – ממוצע לשנים 2005–2009; מדד חברתי-כלכלי – נתוני 2008.
** המדד חושב על בסיס 16 נתונים מהתחומים הבאים: דמוגרפיה, השכלה וחינוך, תעסוקה וגמלאות ורמת חיים (הכנסה כספית, רמת מינוע, תכונות דור), בערים שיש עבורן נתונים נפרדים לגברים ולנשים. קו המגמה חושב ללא הערים ששיעור החרדים בהן גבוה.

מקור: דב צ'רניחובסקי וחן שרוני, מרכז טאוב
נתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד הבריאות

ב. פירוט תוצאות הרגרסיה שנסקרה בסעיף 5

המודל הסטטיסטי:

$$A. HS = \alpha_1 + \alpha_2 \cdot R + \alpha_3 \cdot S + \alpha_4 \cdot X + \varepsilon$$

$$B. HS = \alpha_1 + \alpha_2 \cdot K + \alpha_3 \cdot S + \alpha_4 \cdot X + \varepsilon$$

= HS

מודל א': מצב בריאות טוב מאוד = 1, אחרת = 0

מודל ב': אין בעיית בריאות = 1, יש בעיה = 0

R = משתני דמי: מסורתי (=1, אחרת = 0), דתי (=1, אחרת = 0),
חרדי (=1, אחרת = 0), לא דתי (=0)

K = וקטור של משתנים המייצגים הון חברתי

S = וקטור של מדדים סוציו-אקונומיים (הכנסת משק הבית, חינוך, מספר מפרנסים, השתתפות בשוק העבודה)

X = וקטור של משתנים דמוגרפיים (גיל, מין, מצב משפחתי)

לוח נ'1. השפעות של משתנים בתחומי דת, דמוגרפיה והון חברתי על הסיכוי לדווח על "בריאות טובה מאוד" בסקר החברתי (המשך בעמ' הבא)
אפקטים שוליים (בסוגריים: תוצאות מבחן z)

מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל הון חברתי	מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל דתיות
משתנים דמוגרפיים			
-0.007*** (-25.50)	גיל	-0.007*** (-24.49)	גיל
0.015 (1.56)	מין המרואיין (זכר=1)	0.011 (1.12)	מין המרואיין (זכר=1)
-0.011 (-0.96)	מצב משפחתי (נשוי=1)	-0.004 (-0.34)	מצב משפחתי (נשוי=1)
משתנים חברתיים-כלכליים			
0.135* (1.69)	השכלה: 1-10 שנים (=1)	0.133 (1.60)	השכלה: 1-10 שנים (=1)
0.194** (2.45)	השכלה: +11 שנים (=1)	0.201** (2.43)	השכלה: +11 שנים (=1)
0.072*** (5.76)	השתתפות בשוק העבודה (=1)	0.078*** (6.23)	השתתפות בשוק העבודה (=1)
-0.015** (-2.29)	מס' מפרנסים	-0.013* (-1.94)	מס' מפרנסים
0.00001*** (9.84)	הכנסת משק הבית נטו	0.00001*** (11.78)	הכנסת משק הבית נטו

לוח נ'1. השפעות של משתנים בתחומי זת, דמוגרפיה והון חברתי על הסיכוי לדווח על "בריאות טובה מאוד" בסקר החברתי (המשך מעמ' קודם)
אפקטים שוליים (בסוגריים : תוצאות מבחן z)

מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל הון חברתי	מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל דתיות
	אינדיקטורים להון חברתי		משתני דתיות (לא דתי=0)
0.054*** (5.24)	תחושת בדידות : אף פעם (=1)	-0.012 (-0.87)	מסורתי (=1)
0.015 (1.16)	מדבר עם חברים/משפחה על בסיס יומי (=1)	0.024 (1.39)	דתי (=1)
0.006 (0.49)	מדבר עם חברים/משפחה 1-2 פעמים בשבוע (=1)	0.101*** (4.86)	חרדי (=1)
0.067*** (3.46)	מרוצה מאוד מקשר עם משפחה (=1)		
0.038* (1.89)	מרוצה מקשר עם משפחה (=1)		
0.056*** (4.23)	עוסק בפעילות התנדבותית		
0.063*** (4.06)	מרוצה מאוד מקשר עם שכנים (=1)		
0.021 (1.56)	מרוצה מקשר עם שכנים (=1)		
3,119	מספר תצפיות	3,119	מספר תצפיות
0.5518	Pseudo R2	0.5291	Pseudo R2
1,931.17	Ln chi2	1,851.53	Ln chi2

* מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 10%.

** מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 5%.

*** מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 1%.

מקור : דב צ'רניחובסקי ורון שרוני, מרכז טאוב

לוח נ'2. השפעות של משתנים בתחומי דת, דמוגרפיה והון חברתי על הסיכוי לדווח
 "אין בעיה בריאותית" בסקר החברתי (המשך בעמ' הבא)
 אפקטים שוליים (בסוגריים : תוצאות מבחן z)

מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל הון חברתי	מקדם	משתנה בלתי תלוי – מודל דתיות
משתנים דמוגרפיים			
-0.009*** (-23.71)	גיל	-0.009*** (-22.54)	גיל
-0.008 (-0.60)	מין המרואיינ (זכר=1)	-0.012 (-0.89)	מין המרואיינ (זכר=1)
0.034** (2.24)	מצב משפחתי (נשוי=1)	0.029* (1.87)	מצב משפחתי (נשוי=1)
משתנים חברתיים-כלכליים			
0.153** (1.49)	השכלה : 1-10 שנים (=1)	0.152 (1.50)	השכלה : 1-10 שנים (=1)
0.208** (2.07)	השכלה : +11 שנים (=1)	0.211** (2.12)	השכלה : +11 שנים (=1)
0.100*** (5.88)	השתתפות בשוק העבודה (=1)	0.110*** (6.43)	השתתפות בשוק העבודה (=1)
-0.022** (-2.55)	מס' מפרנסים	-0.017* (-1.92)	מס' מפרנסים
0.00001***	הכנסת משק הבית נטו	0.00001***	הכנסת משק הבית נטו

לוח נ"2. השפעות של משתנים בתחומי דת, דמוגרפיה והון חברתי על הסיכוי לדווח "אין בעיה בריאותית" בסקר החברתי (המשך מעמי קודם) אפקטים שוליים

אינדיקטורים להון חברתי		משתני דתיות (לא דתי=0)	
0.059*** (4.37)	תחושת בדידות: אף פעם (=1)	-0.014 (-0.73)	מסורתי (=1)
0.014 (0.75)	מדבר עם חברים/משפחה על בסיס יומי (=1)	0.028 (1.23)	דתי (=1)
0.005 (0.29)	מדבר עם חברים/משפחה 1-2 פעמים בשבוע (=1)	0.159*** (5.86)	חרדי (=1)
0.082*** (2.88)	מרוצה מאוד מקשר עם משפחה (=1)	–	–
0.052* (1.79)	מרוצה מקשר עם משפחה (=1)	–	–
0.032** (1.99)	עוסק בפעילות התנדבותית	–	–
0.067*** (3.35)	מרוצה מאוד מקשר עם שכנים (=1)	–	–
0.043** (2.34)	מרוצה מקשר עם שכנים (=1)	–	–
3,119	מספר תצפיות	3,119	מספר תצפיות
0.3356	Pseudo R2	0.3312	Pseudo R2
1,309.80	Ln chi2	1,292.57	Ln chi2

* מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 10%.

** מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 5%.

*** מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של 1%.

מקור: דב צ'רניחובסקי וכן שרוני, מרכז טאוב

מקורות

- אנדבלד, מירי, אורן היר, נתנאלה ברקלי ודניאל גוטליב (2013), **ממדי העוני והפערים החברתיים 2012 – דו"ח שנתי**, מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- גוטליב, דניאל (2007), **העוני וההתנהגות בשוק העבודה בחברה החרדית**, מכון ון-ליר.
- זיכרמן, חיים ולי כהנר (2012), **חרדיות מודרנית: מעמד ביניים חרדי בישראל**, המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- כהן, בצלאל (2005), **מצוקה ותעסוקה בחברה החרדית – מבט מבפנים**, מכון פלורסהיימר, האוניברסיטה העברית.
- כהנר, לי (2009), **התפתחות המבנה המרחבי וההיררכי של האוכלוסייה החרדית בישראל**, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה.
- כהנר, לי, ניקולא יוזגוף-אורבך וארנון סופר (2012) **החרדים בישראל – מרחב, חברה, קהילה**, קתדרת חייקין לגיאוגרפיה, אוניברסיטת חיפה.
- לוי, אמנון (1998), **החרדים**, הוצאת כתר.
- לוי, חגי (2009), **המגזר החרדי בישראל – העצמה תוך שילוב בתעסוקה**, המועצה הלאומית לכלכלה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2012), **תחזיות אוכלוסייה לישראל לטווח ארוך: 2009-2059**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014), **הסקר החברתי 2011-2012**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2014), **פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל, 2005-2009**.
- מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2010), **אבטלה לעומת אי-תעסוקה**, חדשון ע"ש רוסהנלדר.
- משרד הבריאות (2013), **אי השוויון בבריאות וההתמודדות עמו**, משרד הבריאות.
- משרד התמיכה (2010), **אוכלוסיית הערבים, חרדים, אנשים בעלי מוגבלויות ועולים יוצאי אתיופיה – מאפייני תעסוקה, בריאות ושיעורי רצון**.

סופר-פורמן, חגית (2007), **מרכז פיתוח תעסוקת חרדים (מפתח) – מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותעסוקתיים של הפונים והפעילות במרכזים**, משרד התמ"ת.

סופר-פורמן, חגית (2012), **שילוב קבוצות מיעוט בשוק העבודה: המקרה של החרדים בישראל**, עבודה לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת תל אביב.

קפלן, קימי (2007), **בסוד השיח החרדי**, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל.

קפלן, קימי ועמנואל סיוון (עורכים) (2003), **חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה? מכון ון-ליר**.

רגב, איתן (2014), "לגמור את החודש – הכנסות, הוצאות וחיסכון של משקי בית בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2014**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 78–17.

רוזן, ברוך, גור עופר, מרים גרינשטיין, יאיר בירנבאום ויונתן והלוי (2006), "הנגישות הכלכלית של שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים בירושלים", **ביטחון סוציאלי**, 72, עמ' 76–59.

Byrd, Randolph C. (1988), "Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population," *Southern Medical Journal*, 81, No. 7, pp. 826-829.

Comstock, George W. and Katherine B. Partridge (1972), "Church Attendance and Health," *Journal of Chronic Diseases*, 25, No. 12, pp. 665-672.

Folland, Sherman and Lorenzo Rocco (2013), *The Economics of Social Capital and Health: A Conceptual and Empirical Roadmap*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.

Grossman, Michael (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, National Bureau of Economic Research.

Jarvis, George K. and Herbert C. Northcott (1987), "Religion and Differences in Morbidity and Mortality," *Social Science and Medicine*, 25, No. 7, pp. 813-824.

- Jenkins, C. David (1971), "Psychologic and Social Precursors of Coronary Disease, Part I," *The New England Journal of Medicine*, 284, No. 5, pp. 244-255.
- Kaplan, George A., Elsie R. Pamuk, John W. Lynch, Richard D. Cohen, and Jennifer L. Balfour (1996), "Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways," *British Medical Journal*, 312, No. 7037, pp. 999-1003.
- Kark, Jeremy D., Galia Shemi, Yechiel Friedlander, Oz Martin, Orly Manor, and Solomon Hillel Blondheim (1996), "Does Religious Observance Promote Health? Mortality in Secular vs. Religious Kibbutzim in Israel," *American Journal of Public Health*, 86, No. 3, pp. 341-346.
- Kim, Daniel, S. V. Subramanian and Ichiro Kawachi (2006), "Bonding versus Bridging Social Capital and their Associations with Self Rated Health: A Multilevel Analysis of 40 US Communities," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, No. 2, pp. 116-122.
- Klinenberg, Eric (2003), *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, University of Chicago Press.
- Kogevinas, M., Michael G. Marmot, A. J. Fox, and P. O. Goldblatt (1991), "Socioeconomic Differences in Cancer Survival," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, No. 3, pp. 216-219. doi:10.1136/jech.45.3.216.
- Levin, Jeffrey S. (1994), "Religion and Health: Is There an Association, is it Valid, and is it Causal?" *Social Science and Medicine*, 38, No. 11, pp. 1475-1482.
- Levin, Jeffrey S. and Preston L. Schiller (1987), "Is There a Religious Factor in Health?" *Journal of Religion and Health*, 26, No. 1, pp. 9-36.
- Levin, Jeffrey S. and Harold Y. Vanderpool (1987), "Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health? Toward an Epidemiology of Religion," *Social Science and Medicine*, 24, No. 7, pp. 589-600.

- Levin, Jeffrey S. and Harold Y. Vanderpool (1989), "Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension?" *Social Science and Medicine*, 29, No. 1, pp. 69-78.
- Lynch, John W. (2000), "Income Inequality and Health: Expanding the Debate," *Social Science and Medicine*, 51, No. 7, pp. 1001-1005.
- Marmot, Michael G. (2004), *The Status Syndrome*, Henry Holt and Co.
- Marmot, Michael G. (2006), "Status Syndrome: A Challenge to Medicine," *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295, No. 11, pp. 1304-1307. doi:10.1001/jama.295.11.1304.
- Marmot, Michael G., Rebecca Fuhrer, Susan L. Ettner, Nadine F. Marks, Larry L. Bumpass, and Carol D. Ryff (1998), "Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health," *The Milbank Quarterly*, 76, No. 3, pp. 403-448. doi:10.1111/1468-0009.00097.
- Marmot, Michael G. and Richard G. Wilkinson (eds.) (2006), *Social Determinants of Health* (2nd ed.), Oxford University Press.
- Miller, Douglas L., Richard M. Scheffler, Suong Lam, Rhonda Rosenberg, and Agnes Rupp (2006), "Social Capital and Health in Indonesia," *World Development*, 34, No. 6, pp. 1084-1098.
- Mincer, Jacob (1962), "On-the-Job Training: Costs, Returns, and Some Implications," *Journal of Political Economy*, 70, No. 2, pp. 50-79.
- Putnam, Robert D. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster.
- Putnam, Robert D., Robert Leonardi and Rafaella Y. Nannety (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press.
- Ronconi, Lucas, Timothy T. Brown and Richard M. Scheffler (2012), "Social Capital and Self-Rated Health in Argentina," *Health Economics*, 21, No. 2, pp. 201-208.

- Scheffler, Richard M. and Timothy T. Brown (2008), "Social Capital, Economics, and Health: New Evidence," *Health Economics, Policy and Law*, 3, No. 04, pp. 321-331.
- Scheffler, Richard M., Timothy T. Brown, and Jennifer King Rice (2007), "The Role of Social Capital in Reducing Non-Specific Psychological Distress: The Importance of Controlling for Omitted Variable Bias," *Social Science and Medicine*, 65, No. 4, pp. 842-854.
- Scheffler, Richard M., Timothy T. Brown, Leonard Syme, Ichiro Kawachi, Irina Tolstykh, and Carlos Iribarren (2008), "Community-Level Social Capital and Recurrence of Acute Coronary Syndrome," *Social Science and Medicine*, 66, No. 7, pp. 1603-1613.
- Shmueli, Amir (2004), "Population Health and Income Inequality: New Evidence from Israeli Time-Series Analysis," *International Journal of Epidemiology*, 33, No. 2, pp. 311-317.
- Szreter, Simon and Michael Woolcock (2004), "Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health," *International Journal of Epidemiology*, 33, No. 4, pp. 650-667.
- Troyer, Henry (1988), "Review of Cancer among 4 Religious Sects: Evidence that Life-Styles are Distinctive Sets of Risk Factors," *Social Science and Medicine*, 26, No. 10, pp. 1007-1017.
- Veenstra, Gerry (2002), "Social Capital and Health (Plus Wealth, Income Inequality and Regional Health Governance)," *Social Science and Medicine*, 54, No. 6, pp. 849-868.
- Wilkinson, Richard G. (1996), *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, Routledge.
- Wilkinson, Richard G. (1999), "Health, Hierarchy, and Social Anxiety," *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, No. 1, pp. 48-63.
- Wolf, Stewart and John G. Bruhn (1993), *The Power of Clan: The Influence of Human Relationships on Heart Disease*, Transaction Publishers.